

SEGURO  
R.C. PROFESIONAL CLINICAS

PÓLIZA  
AA073773

FACTURA  
AB019228



NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

|                     |            |               |                           |    |           |                   |    |       |         |         |                    |    |    |      |
|---------------------|------------|---------------|---------------------------|----|-----------|-------------------|----|-------|---------|---------|--------------------|----|----|------|
| DOCUMENTO           | Renovacion | PRODUCTO      | R.C. PROFESIONAL CLINICAS |    |           |                   |    | ORDEN | 1       |         |                    |    |    |      |
| CERTIFICADO         | AB018441   | FORMA DE PAGO | Financiación              |    | TELEFONO  | 6023981963        |    |       | USUARIO | CRANGEL |                    |    |    |      |
| AGENCIA             | CALI       |               |                           |    | DIRECCIÓN | CALLE 25N # 6N-42 |    |       |         |         |                    |    |    |      |
| FECHA DE EXPEDICIÓN |            |               | VIGENCIA DE LA POLIZA     |    |           |                   |    |       |         |         | FECHA DE IMPRESIÓN |    |    |      |
| 11                  | 01         | 2023          | DESDE                     | DD | 07        | MM                | 01 | AAAA  | 2023    | HORA    | 12:00              | 09 | 01 | 2025 |
| DD                  | MM         | AAAA          | HASTA                     | DD | 07        | MM                | 01 | AAAA  | 2024    | HORA    | 12:00              | DD | MM | AAAA |

DATOS GENERALES

|              |                                              |       |                            |            |            |
|--------------|----------------------------------------------|-------|----------------------------|------------|------------|
| TOMADOR      | HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS                    | EMAIL | HSANJUANDEDIOS@HOTMAIL.COM | NIT/CC     | 890303841  |
| DIRECCIÓN    | CARRERA 4 # 17 - 67                          | EMAIL | HSANJUANDEDIOS@HOTMAIL.COM | TEL/ MOVIL | 3137440268 |
| ASEGURADO    | HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS                    | EMAIL | HSANJUANDEDIOS@HOTMAIL.COM | NIT/CC     | 890303841  |
| DIRECCIÓN    | CARRERA 4 # 17 - 67                          | EMAIL | HSANJUANDEDIOS@HOTMAIL.COM | TEL/ MOVIL | 3137440268 |
| BENEFICIARIO | TERCEROS AFECTADOS Y/O USUARIOS DEL SERVICIO | EMAIL | notiene@notiene.com        | NIT/CC     | 1111111000 |
| DIRECCIÓN    |                                              | EMAIL | notiene@notiene.com        | TEL/ MOVIL | 5922929    |

DESCRIPCIÓN DEL RIESGO

| DETALLE                                                         | DESCRIPCIÓN                                              |
|-----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| ACTIVIDADES<br>CIUDAD<br>DEPARTAMENTO<br>LOCALIDAD<br>DIRECCION | CLINICA<br>CALI<br>VALLE<br>CALI<br>CARRERA 4 N° 17 - 67 |

COBERTURAS Y VALOR ASEGURADO

| DESCRIPCIÓN                                                                    | VALOR ASEGURADO    | DEDUCIBLE % | DEDUCIBLE VALOR     | PRIMA  |
|--------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-------------|---------------------|--------|
| Responsabilidad Civil Clínicas Hospitalares                                    | \$1,000,000,000.00 | 20.00%      | 20,000,000.00 Pesos | \$ .00 |
| Predios Labores y Operaciones.                                                 | Si                 | 20.00%      | 20,000,000.00 Pesos | \$ .00 |
| Responsabilidad Civil Profesional Médica                                       | Si                 | 20.00%      | 20,000,000.00 Pesos | \$ .00 |
| Responsabilidad Civil Estudiantes en Práctica y Estudiantes en Especialización | Si                 | 20.00%      | 20,000,000.00 Pesos | \$ .00 |
| Responsabilidad Civil del Personal Paramédico                                  | Si                 | 20.00%      | 20,000,000.00 Pesos | \$ .00 |
| Uso de Equipos y Tratamientos Médicos                                          | Si                 | 20.00%      | 20,000,000.00 Pesos | \$ .00 |
| Materiales Médicos, Quirúrgicos, Dentales, Drogas o Medicamentos               | Si                 | 20.00%      | 20,000,000.00 Pesos | \$ .00 |
| Cobertura Automática de Nuevos Equipos                                         | Si                 | .00%        | 20,000,000.00 Pesos | \$ .00 |

|                       |                  |                                            |                            |                  |
|-----------------------|------------------|--------------------------------------------|----------------------------|------------------|
| VALOR ASEGURADO TOTAL | PRIMA NETA       | GASTOS                                     | IVA                        | TOTAL POR PAGAR  |
| \$1,000,000,000.00    | \$140,000,000.00 |                                            | \$26,600,000.00            | \$166,600,000.00 |
| COASEGURO             |                  | INTERMEDIARIO Y/O FUERZA COMERCIAL DIRECTA |                            |                  |
| COMPANIA              | PARTICIPACIÓN    | CÓDIGO                                     | NOMBRE                     | PARTICIPACIÓN    |
|                       | %                | 805016420                                  | LIKE SEGUROS SOCIEDAD LTDA | %                |

La mora en el pago de la prima o certificados que se expidan con fundamento en ella producirá la terminación automática del contrato y dará derecho a La Equidad Seguros O.C. para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato. El pago extemporaneo de la prima, no convalida la mora ni reactiva la póliza terminada automáticamente, caso en el cual se devolverá la prima a que haya lugar.

Con la firma del presente documento certifico que he leído de manera anticipada en la página web de La Equidad <http://www.laequidadseguros.coop/>, el clausulado anexo a la póliza contratada, el cual adicionalmente me fue explicado por la compañía de seguros; Información que en todo caso, declaro que conozco y entiendo, clara, suficiente y expresamente, en especial lo relacionado con las condiciones generales, el contenido de la cobertura, las exclusiones y las garantías del contrato de seguro.

*[Firma Autorizada]*

FIRMA AUTORIZADA  
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

FIRMA TOMADOR

PARA COMPROBAR LA VERACIDAD DE ESTE DOCUMENTO  
CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB [WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP](http://WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP) Y USA ESTE CÓDIGO QR  
Desde Bogotá puede marcar al (601) 7460392,  
desde otras ciudades del país nuestra línea gratuita es 01800 091 9538 opción servicio al cliente.

# SEGURO R.C. PROFESIONAL CLINICAS

PÓLIZA  
AA073773

FACTURA  
AB019228



equidad  
seguros



NIT 860028415

## INFORMACIÓN GENERAL

|                            |            |                              |                                      |                           |                   |
|----------------------------|------------|------------------------------|--------------------------------------|---------------------------|-------------------|
| <b>DOCUMENTO</b>           | Renovación | <b>PRODUCTO</b>              | R.C. PROFESIONAL CLINICAS            | <b>ORDEN</b>              | 1                 |
| <b>CERTIFICADO</b>         | AB018441   | <b>FORMA DE PAGO</b>         | Financiación                         | <b>USUARIO</b>            | CRANGEL           |
| <b>AGENCIA</b>             | CALI       | <b>TELEFONO</b>              | 6023981963                           | <b>DIRECCIÓN</b>          | CALLE 25N # 6N-42 |
| <b>FECHA DE EXPEDICIÓN</b> | 11 01 2023 | <b>VIGENCIA DE LA POLIZA</b> | DESDE 07 01 2023<br>HASTA 07 01 2024 | <b>FECHA DE IMPRESIÓN</b> | 09 01 2025        |

## DATOS GENERALES

**TOMADOR** HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS  
**DIRECCIÓN** CARRERA 4 # 17 - 67  
**EMAIL** HSANJUANDEDIOS@HOTMAIL.COM  
**NIT/CC** 890303841  
**TEL/MOVIL** 3137440268

## TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA ORDEN

SE EMITE RENOVACIÓN DE LA PRESENTE PÓLIZA A SOLICITUD DEL TOMADOR, PARA LA VIGENCIA ARRIBA INDICADA, DE ACUERDO A LAS CONDICIONES GENERALES ADJUNTAS.

### RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CLÍNICAS Y HOSPITALES

TOMADOR: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE CALI NIT: 890.303.841  
ASEGURADO: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE CALI NIT: 890.303.841  
BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

ACTIVIDAD OBJETO DEL SEGURO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS

LÍMITE ASEGURADO: COP \$ 300.000.000 EVENTO / \$ 1.000.000.000 VIGENCIA.

RELACIÓN DE ESPECIALIDADES: (SEGÚN RELACIÓN ANEXA)

MÉDICOS GRUPO A: 81  
MÉDICOS GRUPO B: 120  
MÉDICOS GRUPO C: 10

### NOTA:

MÉDICOS GRUPO A: CON RELACIÓN LABORAL  
MÉDICOS GRUPO B: ADSCRITOS O AUTORIZADOS

NÚMERO DE CAMAS: 182  
NIVEL DE COMPLEJIDAD: II

AMPAROS: SEGÚN TEXTO LA EQUIDAD SEGUROS 30/04/2021-1501-P-06-0000000000001008-D00I

- RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA
- RESPONSABILIDAD CIVIL ESTUDIANTES EN PRÁCTICA Y ESTUDIANTES EN ESPECIALIZACIÓN.
- RESPONSABILIDAD CIVIL DE PERSONAL PARAMÉDICO
- USO DE EQUIPOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS
- PREDIOS LABORES Y OPERACIONES
- MATERIALES MÉDICOS QUIRÚRGICOS, DENTALES, DROGAS O MEDICAMENTOS

### CLÁUSULAS ADICIONALES:

- AMPLIACIÓN DEL TÉRMINO DE REVOCACIÓN DE LA PÓLIZA A TREINTA (30) DÍAS CALENDARIO.
- AMPLIACIÓN DEL PLAZO PARA EL AVISO DEL SINIESTRO A DIEZ (10) DÍAS.
- AMPARO AUTOMÁTICO PARA NUEVOS PREDIOS SIEMPRE Y CUANDO SE LLEVEN A CABO LAS MISMAS ACTIVIDADES DEL ASEGURADO. AVISO A SESENTA (30) DÍAS.
- COBERTURA AUTOMÁTICA DE NUEVOS EQUIPOS. AVISO A SESENTA (30) DÍAS.

EXCLUSIONES: ADEMÁS DE LAS EXCLUSIONES QUE SE ESTIPULAN EN LAS CONDICIONES GENERALES SE ESTABLECEN LAS SIGUIENTES:

ESTA PÓLIZA NO CUBRE LAS LESIONES CORPORALES O DAÑOS MATERIALES NI NINGÚN OTRO PERJUICIO DERIVADO DIRECTA O INDIRECTAMENTE DE LOS SIGUIENTES HECHOS O CIRCUNSTANCIAS

- DEL EJERCICIO DE UNA PROFESIÓN MÉDICA U ODONTOLÓGICA CON FINES DIFERENTES AL DIAGNÓSTICO O TERAPIA.
- LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS POR PERSONAS QUE NO ESTÉN LEGALMENTE HABILITADAS PARA EJERCER LA PROFESIÓN O NO CUENTEN CON LA RESPECTIVA AUTORIZACIÓN O LICENCIA OTORGADA POR LA AUTORIDAD COMPETENTE.
- GASTOS DE DEFENSA
- RECLAMACIONES DERIVADAS DE APLICACIÓN DE TÉCNICAS NOVEDOSAS O EXPERIMENTALES O NO CONFORMES AL GRADO DE CONOCIMIENTO DE LA CIENCIA MÉDICA.

FIRMA AUTORIZADA  
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

FIRMA TOMADOR

PARA COMPROBAR LA VERACIDAD DE ESTE DOCUMENTO  
CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP Y USA ESTE CÓDIGO QR  
Desde Bogotá puede marcar al (601) 7460392,  
desde otras ciudades del país nuestra línea gratuita es 01800 091 9538 opción servicio al cliente.

# SEGURO R.C. PROFESIONAL CLINICAS

PÓLIZA  
AA073773

FACTURA  
AB019228



NIT 860028415

## INFORMACIÓN GENERAL

|                            |                  |                              |                                               |                           |                   |
|----------------------------|------------------|------------------------------|-----------------------------------------------|---------------------------|-------------------|
| <b>DOCUMENTO</b>           | Renovación       | <b>PRODUCTO</b>              | R.C. PROFESIONAL CLINICAS                     | <b>ORDEN</b>              | 1                 |
| <b>CERTIFICADO</b>         | AB018441         | <b>FORMA DE PAGO</b>         | Financiación                                  | <b>USUARIO</b>            | CRANGEL           |
| <b>AGENCIA</b>             | CALI             | <b>TELEFONO</b>              | 6023981963                                    | <b>DIRECCIÓN</b>          | CALLE 25N # 6N-42 |
| <b>FECHA DE EXPEDICIÓN</b> | 11 DD 01 MM 2023 | <b>VIGENCIA DE LA POLIZA</b> | DESDE 11 DD 01 MM 2023 HASTA 11 DD 01 MM 2024 | <b>FECHA DE IMPRESIÓN</b> | 09 DD 01 MM 2025  |

## DATOS GENERALES

**TOMADOR** HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS  
**DIRECCIÓN** CARRERA 4 # 17 - 67  
**EMAIL** HSANJUANDEDIOS@HOTMAIL.COM  
**NIT/CC** 890303841  
**TEL/MOVIL** 3137440268

## TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA ORDEN

- POR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS O ATENCIÓN POR PERSONAS QUE NO TIENEN UNA RELACIÓN CONTRACTUAL CON EL ASEGURADO, SALVO QUE SE PACTE EXPRESAMENTE.
- POR LA PRESTACIÓN DE UN SERVICIO PROFESIONAL BAJO LA INFLUENCIA DE SUSTANCIAS INTOXICANTES, ALCOHÓLICAS O NARCÓTICAS
- POR CIRUGÍA PLÁSTICA O ESTÉTICA, SALVO QUE SE TRATE DE UNA INTERVENCIÓN DE CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA POSTERIOR A UN ACCIDENTE O CIRUGÍA CORRECTIVA DE ANORMALIDADES CONGÉNITAS.
- POR TRATAMIENTOS DESTINADOS A INTERRUMPIR O PROVOCAR UN EMBARAZO O LA PROCREACIÓN.
- POR TRATAMIENTOS INNECESARIOS, EMISIÓN DE DICTÁMENES PERICIALES, VIOLACIÓN DEL SECRETO PROFESIONAL Y TODOS AQUELLOS PERJUICIOS QUE NO SEAN CONSECUENCIA DIRECTA DE UNA LESIÓN O DAÑO CAUSADO POR EL TRATAMIENTO O LA TERAPIA A UN PACIENTE
- RECLAMACIONES POR DAÑOS GENÉTICOS
- RELACIONADOS DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON EL SIDA O CON VIRUS TIPO VIH, HEPATITIS C.
- DAÑOS CAUSADOS A PERSONAS QUE EJERZAN ACTIVIDADES PROFESIONALES O CIENTÍFICAS EN LOS PREDIOS DONDE SE DESARROLLA LA ACTIVIDAD ASEGURADA, Y COMO CONSECUENCIA DE SU LABOR, SE ENCUENTREN EXPUESTAS A RIESGOS COMO RAYOS O RADIACIONES DERIVADAS DE APARATOS Y MATERIALES AMPARADOS EN LA PÓLIZA Y A RIESGOS DE INFECCIÓN Y CONTAGIO CON ENFERMEDADES O AGENTES PATÓGENOS.
- RECLAMACIONES ORIENTADAS A REEMBOLSO DE HONORARIOS PROFESIONALES PACTADOS ENTRE EL PROFESIONAL DE LA SALUD Y EL PACIENTE.
- EN EL CASO DE ODONTÓLOGOS Y ORTODONCISTAS DAÑOS CAUSADOS POR LA APLICACIÓN DE ANESTESIA GENERAL O MIENTRAS EL PACIENTE SE ENCUENTRA BAJO ANESTESIA GENERAL, SI ESTA NO FUE APLICADA POR UN ESPECIALISTA, EN UNA CLÍNICA/ HOSPITAL ACREDITADOS PARA ESTE FIN.
- RECLAMACIONES ORIGINADAS Y/O RELACIONADAS CON FALLOS DE TUTELA Y ACCIONES SIMILARES DONDE SE DECLARE LA RESPONSABILIDAD CIVIL DEL ASEGURADO Y SE FIJE CLARAMENTE LA CUANTÍA DE LA INDEMNIZACIÓN.
- POR DROGAS O MEDICAMENTOS, QUE AFECTEN LA RESPONSABILIDAD CIVIL DEL FABRICANTE.
- POR LA UTILIZACIÓN DE EQUIPOS, APARATOS Y MATERIALES DE MEDICINA NUCLEAR, RAYOS X, SCANNER, RADIACIÓN POR ISOTOPOS, RADIOGRAFÍAS O RADIOTERAPIAS, SALVO PACTO EXPRESO EN CONTRARIO, DE ACUERDO CON LO CONTEMPLADO EN EL LITERAL D DE LA CLÁUSULA 3 "DEFINICIÓN DE AMPAROS".
- TODO TIPO DE RESPONSABILIDAD CIVIL, DAÑOS, LESIONES, PÉRDIDAS O GASTO DE CUALQUIER NATURALEZA, ASÍ COMO EL LUCRO CESANTE DERIVADOS DE EVENTOS ORIGINADOS DIRECTA O INDIRECTAMENTE POR EL NO-RECONOCIMIENTO ELECTRÓNICO DE CUALQUIER FECHA REAL DE CALENDARIO, ESPECIALMENTE LA DEL CAMBIO DE MILENIO, TAL COMO SE DEFINE EN LA CLÁUSULA 20 DE ESTA PÓLIZA.
- POR RESPONSABILIDAD CIVIL EXCEDENTE DE LA LEGAL, COMO DAÑOS DERIVADOS DE ACUERDOS O COMPROMISOS DEL ASEGURADO EN VIRTUD DE LOS CUALES SE HUBIERE COMPROMETIDO A UN RESULTADO, EFECTO O ÉXITO QUE EXCEDE SU OBLIGACIÓN LEGAL.
- POR LA INEFICACIA DE CUALQUIER TRATAMIENTO O INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA.
- POR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS POR PERSONAS QUE NO ESTÉN VINCULADOS O ADSCRITOS AL TOMADOR/ASEGURADO AL MOMENTO DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO O LA TERAPIA
- PÉRDIDAS FINANCIERAS PURAS
- TODA RESPONSABILIDAD CUBIERTA BAJO LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL DIRECTORES Y ADMINISTRADORES.
- CORONAVIRUS EXCLUSIÓN: LA PRESENTE PÓLIZA NO OTORGA COBERTURA A CUALQUIER RECLAMO CAUSADO DE CUALQUIER MANERA POR O RESULTANTE DE:
  - A) ENFERMEDAD CORONAVIRUS (COVID-19);
  - B) SÍNDROME RESPIRATORIO AGUDO SEVERO CORONAVIRUS 2 (SARS-COV-2);
  - C) CUALQUIER MUTACIÓN O VARIACIÓN DE SARS-COV-2;
  - D) CUALQUIER TEMOR O AMENAZA DE A), B) O C) ANTERIORES.
- EXCLUSIÓN POR ENFERMEDAD TRANSMISIBLE: NO OBSTANTE CUALQUIER DISPOSICIÓN EN CONTRARIO DENTRO DE ESTE CONTRATO DE REASEGURO, EL PRESENTE EXCLUYE LAS PÉRDIDAS, DAÑOS, RESPONSABILIDADES, RECLAMACIONES, COSTOS O GASTOS DE CUALQUIER NATURALEZA, PROVOCADOS DIRECTA O INDIRECTAMENTE, A LOS QUE HAYA CONTRIBUIDO, QUE RESULTEN, SURJAN O SE RELACIONEN CON UNA ENFERMEDAD TRANSMISIBLE O EL TEMOR O AMENAZA (YA SEA REAL O SOSPECHADA) DE UNA ENFERMEDAD TRANSMISIBLE INDEPENDIENTEMENTE DE CUALQUIER OTRA CAUSA O EVENTO QUE CONTRIBUYA SIMULTANEAMENTE O EN CUALQUIER

**FIRMA AUTORIZADA  
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.**

**FIRMA TOMADOR**

PARA COMPROBAR LA VERACIDAD DE ESTE DOCUMENTO  
 CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB [WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP](http://WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP) Y USA ESTE CÓDIGO QR  
 Desde Bogotá puede marcar al (601) 7460392,  
 desde otras ciudades del país nuestra línea gratuita es 01800 091 9538 opción servicio al cliente.

PARA COMPROBAR LA VERACIDAD DE ESTE DOCUMENTO  
CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB [WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP](http://WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP) Y USA ESTE CÓDIGO QR  
Desde Bogotá puede marcar al (601) 7460392,  
desde otras ciudades del país nuestra línea gratuita es 01800 091 9538 opción servicio al cliente.